

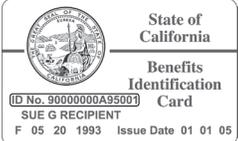
Form Instructions: Beneficiary Dental Exception (BDE) (Инструкции по оформлению запроса на альтернативное стоматологическое обслуживание (BDE))

Если Вам или Вашему ребенку не удастся записаться на прием к стоматологу в округе Сакраменто (Sacramento County), следуйте приведенным ниже инструкциям.

За ЭКСТРЕННОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩЬЮ (при боли, отеках и/или кровотечении) обращайтесь по **бесплатному номеру программы BDE: 1(855) 347-3310**.
Режим работы программы BDE: с понедельника по пятницу с 8:00 до 17:00.

Заполнение формы BDE:

Укажите номер идентификационной карты получателя льгот, как показано здесь.

Поставьте отметку возле пунктов, которые Вам подходят. Если «Другое», пожалуйста, поясните.

Подпись и дата (за пациента младше 18 лет расписывается родитель).

State of California—Medi-Cal Dental Services Program Department of Health Care Services

Beneficiary Dental Exception (BDE) Form (Запрос на альтернативное стоматологическое обслуживание (BDE))

За **ЭКСТРЕННОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩЬЮ** (при боли, отеках и/или кровотечении) обращайтесь по **бесплатному номеру программы BDE: 1(855) 347-3310**.
Режим работы программы BDE: с понедельника по пятницу с 8:00 до 17:00.

Информация о пациенте

Полное имя (имя и фамилия): _____

Дата рождения (мм/дд/гггг): _____

Benefits Identification Card Number (BIC)
(номер идентификационной карты получателя льгот (BIC)): _____

Предпочтительный контактный телефон: _____

Информация о родителе или опекуне (заполняется для пациентов младше 18 лет)

Полное имя (имя и фамилия): _____

Кем приходится пациенту: _____

Предпочтительный контактный телефон: _____

Адрес электронной почты: _____

Отметьте все пункты, которые относятся к пациенту:

За «экстренной стоматологической помощью» обращайтесь по **бесплатному номеру программы BDE: 1(855) 347-3310**.

Не удалось попасть на «срочный» прием в течение 72 часов (3 дней).

Не удалось попасть на «плановый» прием в течение (4) (четырёх) недель.

Не удалось получить «специализированную» помощь в течение 30 дней после подачи утвержденного плана запроса.

Другое: _____

Подпись и дата (за пациента младше 18 лет **обязан расписаться родитель/опекун)**

Подпись: _____ Дата (мм/дд/гггг): / /

Подайте заполненную форму одним из указанных ниже способов:

Mail (по почте): Dental Managed Care BDE PO Box 997413, MS 4900 Sacramento, CA 95899-7413	E-Mail (по электронной почте): dentalmanagedcare@dhcs.ca.gov Subject: Dental Managed Care BDE	FAX (по факсу): Dental Managed Care BDE (916) 464-3783
---	--	---

MU_0003834_RUS_1216

Раздел «Информация о пациенте» обязателен для заполнения.

Раздел «Информация о родителе или опекуне» необходимо заполнить, если пациент младше 18 лет.

Отправьте данную форму по почте, электронной почте или факсу в Dental Managed Care (План организованного стоматологического обслуживания).

Подайте заполненную форму одним из указанных ниже способов:

Mail (по почте):

Dental Managed Care BDE
PO Box 997413, MS 4900
Sacramento, CA 95899-7413

E-Mail (по электронной почте):

dentalmanagedcare@dhcs.ca.gov
Subject: Dental Managed Care BDE

FAX (по факсу):

Dental Managed Care BDE
(916) 464-3783